



Urteil vom 6. April 2017

Besetzung

Richter David Weiss (Vorsitz),
Richter Daniel Stufetti,
Richterin Caroline Bissegger,
Gerichtsschreiber Roland Hochreutener.

Parteien

A._____,
Beschwerdeführer,

gegen

IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA,
Avenue Edmond-Vaucher 18, Postfach 3100, 1211 Genf 2,
Vorinstanz.

Gegenstand

Invalidenversicherung, Rentenanspruch,
Verfügung vom 16. November 2015.

Sachverhalt:**A.**

A.a Der am (...) geborene österreichische Staatsangehörige A. _____ (*nachfolgend*: Versicherter oder Beschwerdeführer) ist gelernter Maler und Autolackierer, lebt in Österreich, arbeitete in den Jahren 1989 und 1999 sowie 2007 und 2008 während 33 Monaten in der Schweiz und leistete Beiträge an die schweizerische Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (AHV/IV; Akten der Invalidenversicherung-Stelle für Versicherte im Ausland [IVSTA] gemäss Aktenverzeichnis und -nummerierung vom 14.12.2015; IK-Auszug [act. 53, S. 2 - 8], act. 6, S. 2; act. 15, S. 1; act. 16 und act. 55, S. 5).

A.b Am 24. Juli 2009 meldete sich der Versicherte beim österreichischen Versicherungsträger zum Leistungsbezug an (act. 2, S. 7). Dieser übermittelte das Antragsformular E 204 am 28. Juli 2009 der Schweizerischen Ausgleichskasse (SAK; Posteingang: 6. August 2009) zur Durchführung des zwischenstaatlichen Rentenprüfungsverfahrens (act. 2, S. 1 - 11). Gestützt auf ein von ihr veranlassenes neurologisches Gesamtgutachten von Dr. med. B. _____ vom 26. August 2009 (act. 8, S. 1 - 6) sprach die Pensionsversicherungsanstalt der Landesstelle Kärnten (*nachfolgend*: Pensionsversicherungsanstalt) dem Versicherten eine für die Zeit vom 1. August 2009 bis 30. Juni 2011 befristete Invaliditätspension zu (act. 9, S. 5 - 7).

A.c Die Vorinstanz führte daraufhin erwerbliche und medizinische Abklärungen durch, zog ärztliche Berichte bei und beauftragte ihren Regionalen ärztlichen Dienst (RAD) mit der psychiatrischen Beurteilung. Mit Stellungnahme vom 27. Januar 2010 kam RAD-Arzt Dr. med. C. _____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, gestützt auf die Würdigung der vorliegenden Akten zum Schluss, es sei wahrscheinlich, dass beim Versicherten eine Beeinträchtigung der geistigen Gesundheit im Sinne der schweizerischen Invalidenversicherung vorliege. Die genaue psychiatrische Diagnose sei diskutabel, indes könne der beschriebene Zustand durchaus einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit schwere Episode mit psychotischen Symptomen nach ICD-10 F 33.3, entsprechen. Mit erheblicher Wahrscheinlichkeit liege mindestens seit 1. August 2009, vermutlich aber schon seit 11. Oktober 2008, eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 100 % in jeglicher Arbeitstätigkeit vor. Eine Besserung sei zwar nicht sehr wahrscheinlich, aber durchaus möglich (act. 31, S. 4 f.). In ihrem Bericht vom 2. Februar 2010 kam Dr. med. D. _____, Fachärztin FMH für Allgemeine Medizin beim RAD Rhône, zum Schluss, dass beim

Versicherten in erster Linie eine psychiatrische Problematik vorliege; lediglich in untergeordneter Linie bestehe auch eine Rückenproblematik eher leichteren Ausmasses. Mit erheblicher Wahrscheinlichkeit liege seit mindestens 1. August 2009, vermutlich aber schon seit 11. Oktober 2008 eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 100 % in jeglicher Arbeitstätigkeit vor (act. 31, S. 4 - 8). Darüber hinaus zog die Vorinstanz ein von der Pensionsversicherungsanstalt veranlasstes ärztliches Gesamtgutachten von Dr. med. E. _____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, vom 13. Oktober 2010 bei, worin der Spezialist dem Versicherten gestützt auf eine von ihm diagnostizierte mittelschwere bis schwere depressive Störung (mit auch posttraumatischen Anteilen) und psychotischen Aspekten (nach ICD-10: F 33.3) und ein bekanntes Lumbalsyndrom (bei Diskusprolaps L5/S1) eine Arbeitsunfähigkeit für die Dauer von 24 Monaten für jegliche Tätigkeiten attestierte (act. 44, S. 1 - 6).

A.d In einem weiteren Bericht vom 16. Dezember 2010 hielt Dr. med. D. _____ fest, dass nach wie vor eine qualifizierte majore depressive Störung mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F 33.3) im Vordergrund stehe und weiterhin von einer unveränderten Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Die aktuelle Behandlung sei angemessen. Aus dem aktuellen Bericht gehe weder eine Änderung des Zustandes noch der Diagnose und der Einschränkungen hervor. Der Versicherte sei nach wie vor für jegliche Erwerbstätigkeit vollständig arbeitsunfähig, und eine Mitwirkungspflicht könne nicht eingefordert werden, da er sich nicht in einem Zustand voller zivilrechtlicher Handlungspflicht (*recte wohl*: Handlungsfähigkeit) befinde. Mit einer Besserung könne zwar gerechnet werden, die Prognose sei jedoch eher ungünstig (act. 46, S. 1 - 9).

A.e Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren sprach die Vorinstanz dem Versicherten mit Verfügung vom 3. Februar 2011 eine ganze Invalidenrente mit Wirkung per 1. August 2010 zu (act. 55, S. 2 - 6).

A.f Mit Bescheid vom 11. Mai 2011 teilte die Pensionsversicherungsanstalt dem Versicherten mit, dass die bis 30. Juni 2011 befristet zuerkannte Invaliditätspension bis 30. Juni 2013 weiter gewährt werde (act. 59, S. 1 - 5).

A.g Mit Bescheid vom 27. Mai 2013 orientierte die Pensionsversicherungsanstalt den Versicherten darüber, dass die bis 30. Juni 2013 befristet zuerkannte Invaliditätspension bis 30. Juni 2015 weitergewährt werde (act. 62 S. 1 - 5).

B.

B.a Im Rahmen eines von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens (act. 64) zog die IVSTA ein von der Pensionsversicherungsanstalt veranlasstes ärztliches Gesamtgutachten vom 15. Mai 2013 bei, in welchem Dr. med. F._____, Fachärztin für Orthopädie, gestützt auf eine persönliche Untersuchung des Versicherten, ein psychiatrisch-neurologisches Teilgutachten von Dr. med. G._____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, vom 27. April 2013 (act. 71, S. 1 - 6) sowie ein Teilgutachten von Dr. med. H._____, Fachärztin für Innere Medizin vom 14. Mai 2013 (act. 70, S. 1 - 7), zum Schluss kam, dass sich die psychische Gesamtsituation im Vergleich zum Vorgutachten deutlich gebessert habe, da lediglich noch eine Anpassungsstörung mit regressiver Entwicklung festgestellt worden sei (act. 69, S. 1 - 7).

B.b Mit medizinischer Stellungnahme vom 5. Dezember 2013 kam Dr. med. I._____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und zertifizierte medizinische Gutachterin SIM beim medizinischen Dienst der IVSTA, zum Schluss, dass die Diagnose einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen nicht mehr bestätigt werden könne. Aktuell sei lediglich noch ein generalisiertes Schmerzsyndrom ohne relevante Bewegungseinschränkungen (ICD-10 M 50.5) sowie eine Anpassungsstörung mit regressiver Entwicklung festzuhalten. Die Ausprägung der depressiven Symptomatik sei geringgradig und stehe im Zusammenhang mit den psychosozialen Belastungsfaktoren. Der psychiatrische Gutachter zeige die psychosozialen Belastungsfaktoren auf und weise auf eine deutliche Besserung der psychischen Gesamtsituation hin. Ab dem 25. April 2013 bestehe sowohl für eine angepasste wie auch für die bisherige Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit mehr (act. 81, S. 1 - 5).

B.c Gestützt auf diese Beurteilung und die Stellungnahme von Dr. med. K._____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und zertifizierter RAD-Arzt, vom 22. August 2013 (act. 79, S. 1 - 5) stellte die IVSTA dem Versicherten mit Vorbescheid vom 18. Dezember 2013 die Aufhebung der ganzen Rente in Aussicht (act. 82, S. 1 - 3).

B.d Dagegen erhob der Versicherte mit Eingabe vom 2. Januar 2014 Einwand mit der Begründung, gestützt auf die von der Pensionsversicherungsanstalt veranlasste fachärztliche Beurteilung sei ihm die Invaliditätspension in Österreich befristet bis 2015 weitergewährt worden (act. 83, S. 1 - 3).

B.e Mit Revisionsverfügung vom 11. Februar 2014 bestätigte die IVSTA den Vorbescheid und hob die Invalidenrente mit Wirkung per 1. April 2014 auf. Zur Begründung führte sie insbesondere aus, die Entscheide ausländischer Sozialversicherungsträger seien für die schweizerische Invalidenversicherung nicht bindend (act. 85, S. 1 - 3). Die Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

C.

C.a Mit Schreiben vom 5. Mai 2015 übermittelte die Pensionsversicherungsanstalt der IVSTA eine Kopie ihres Bescheids vom 5. Mai 2015, womit sie die bisher bis 30. Juni 2015 befristet zuerkannte Invaliditätspension bis 30. Juni 2017 verlängerte (act. 94 und act. 95, S. 1 - 5).

C.b Mit Schreiben vom 6. Mai 2015 orientierte die IVSTA den Versicherten darüber, dass sie die Neuanmeldung zum Bezug von Versicherungsleistungen erhalten habe und dieses Gesuch so bald wie möglich prüfen werde (act. 93).

C.c Dr. med. L._____, Facharzt für Allgemeine Medizin beim RAD Rhône, kam mit Bericht vom 10. Juni 2015 zum Schluss, dass sich das von der Pensionsversicherungsanstalt veranlasste polydisziplinäre (orthopädische, internistische und psychiatrische) Gutachten (act. 90, S. 1 - 6, act. 91, S. 1 - 5 und act. 91, S. 6 - 10) durch unveränderte Befunde gegenüber den bisherigen Beurteilungen auszeichne. Es werde medizinisch sehr gut nachvollziehbar weiterhin ein vollschichtiges Arbeitspensum unter Limitationen („keine schwere Arbeit, kein Schichten, kein Zeitdruck, keine vermehrte Belastbarkeit und nur mässig schwierige Arbeiten“) attestiert. Die neuen Unterlagen vermöchten nicht glaubhaft zu machen, dass sich der Gesundheitszustand in einer für den Anspruch erheblichen Weise verändert habe (act. 97, S. 1 - 4).

C.d Mit Vorbescheid vom 15. Juni 2015 stellte die IVSTA dem Versicherten ein Nichteintreten auf das neue Leistungsgesuch in Aussicht, mit der Begründung, er habe nicht glaubhaft machen können, dass sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert habe (act. 96).

C.e Mit Eingabe vom 6. Juli 2015 erhob der Versicherte gegen diesen Vorbescheid Einwand und liess der IVSTA drei Arztberichte (act. 100 - 102) zur Prüfung zukommen (act. 99, S. 1 - 3).

C.f Mit Bericht vom 28. Juli 2015 kam Dr. med. M. _____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin und zertifizierter Gutachter beim RAD Rhône, zum Schluss, dass die neu eingereichten Berichte aus objektiver Sicht keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes darzulegen vermöchten (act. 104, S. 1 - 2).

C.g Von der IVSTA zu einer erneuten Stellungnahme im Hinblick auf die neue Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung eingeladen, führte Dr. med. M. _____ mit Bericht vom 5. November 2015 aus, diese komme vorliegend nicht zur Anwendung, da hier nicht eine entsprechende Störung zur Diskussion stehe. Es liege vielmehr lediglich eine nicht-invalidisierende psychische Störung (Anpassungsstörung) vor, weshalb an Schlussfolgerungen der Beurteilung vom 28. Juli 2015 festgehalten werden könne (act. 107, S. 1 - 2).

C.h Mit Verfügung vom 16. November 2015 trat die IVSTA auf das Gesuch des Versicherten nicht ein mit der Begründung, die im Vorbescheidverfahren neu eingereichten medizinischen Akten seien durch ihren ärztlichen Dienst geprüft worden; sie enthielten nach dessen Beurteilung keine neuen Elemente und hätten die bekannten Gesundheitsschädigungen bestätigt (act. 109).

D.

D.a Gegen diese Verfügung erhob der Beschwerdeführer mit Eingabe vom 4. Dezember 2015 Beschwerde beim Bundesverwaltungsgericht mit den sinngemässen Anträgen, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es sei gestützt auf die von ihm eingereichten neuen Arztberichte auf sein Gesuch einzutreten, da sich sein Gesundheitszustand seit 2011 zunehmend verschlechtert habe. Dementsprechend müsse ihm auch in der Schweiz ein Anspruch auf eine Invalidenrente zugestanden werden. Ferner stellte er den sinngemässen Antrag auf Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (Akten im Beschwerdeverfahren [BVGer act.] 1 samt Beilagen).

D.b Mit Eingabe vom 15. Dezember 2016 reichte der Beschwerdeführer beim Bundesverwaltungsgericht einerseits das vervollständigte Formular „Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege“ samt Beilagen ein; andererseits legte er unaufgefordert weitere Befund- und Arztberichte ins Recht (BVGer act. 5 samt Beilagen).

D.c Mit Zwischenverfügung vom 14. Januar 2016 hiess der Instruktionsrichter das Gesuch um Gewährung der unentgeltlichen Rechtspflege gut (BVGer act. 6). Ferner gab er der Vorinstanz Gelegenheit, bis zum 8. Februar 2016 im Rahmen der Vernehmlassung ebenfalls eine Stellungnahme zu den unaufgefordert eingereichten Akten abzugeben (Zwischenverfügung vom 14. Januar 2016; BVGer act. 7).

D.d Mit Vernehmlassung vom 28. Januar 2016 beantragte die Vorinstanz unter Verweis auf eine Stellungnahme von Dr. med. I. _____ vom 19. Januar 2016 die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung bringt sie insbesondere vor, die Psychiaterin habe bestätigt, dass weder durch das Gutachten vom 22. April 2015 noch durch den psychiatrischen Bericht vom 11. Mai 2015 (von Dr. med. N. _____; act. 102, S. 1) eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht worden sei. Entsprechend den Feststellungen ihres medizinischen Dienstes sei es dem Beschwerdeführer nicht gelungen, eine Verschlechterung seines Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen (BVGer act. 9 samt Beilage).

D.e Mit Replik vom 10. Februar 2016 hielt der Beschwerdeführer sinngemäss an seinen bisherigen Anträgen fest und liess dem Bundesverwaltungsgericht überdies weitere Arztberichte zur Prüfung zukommen (BVGer act. 11 samt Beilagen).

D.f Mit Duplik vom 8. März 2016 hielt auch die IVSTA unter Verweis auf den von ihr bei Dr. med. M. _____ vom RAD Rhône eingeholten Schlussbericht vom 3. März 2016 weiterhin an der Abweisung der Beschwerde fest (BVGer act. 13 samt Beilagen).

D.g Mit Zwischenverfügung vom 11. März 2016 schloss der Instruktionsrichter den Schriftenwechsel – vorbehältlich weiterer Instruktionsmassnahmen – ab (BVGer act. 14).

E.

Auf den weiteren Inhalt der Akten sowie der Rechtsschriften ist – soweit erforderlich – in den nachfolgenden Erwägungen einzugehen.

Das Bundesverwaltungsgericht zieht in Erwägung:

1.

Das Bundesverwaltungsgericht ist zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig (Art. 31, 32 und 33 Bst. d VGG; Art. 69 Abs. 1 Bst. b IVG [SR 831.20]) und der Beschwerdeführer ist als Adressat der angefochtenen Verfügung durch diese besonders berührt und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung oder Abänderung, weshalb er zur Erhebung der Beschwerde legitimiert ist (Art. 59 ATSG [SR 830.1]; vgl. auch Art. 48 Abs. 1 VwVG). Auf die frist- und formgerecht eingereichte Beschwerde vom 4. Dezember 2015 ist – nachdem auch die unentgeltliche Prozessführung gewährt wurde (vgl. Sachverhalt, Bst. D.c hievor) – einzutreten (Art. 60 Abs. 1 und 2 ATSG i.V.m. Art. 39 Abs. 1 ATSG; Art. 52 Abs. 1 VwVG).

2.

Anfechtungsobjekt und damit Begrenzung des Streitgegenstandes des vorliegenden Beschwerdeverfahrens (vgl. BGE 131 V 164 E. 2.1) bildet die Verfügung vom 16. November 2015, mit welcher die Vorinstanz entschieden hat, das ihr (mit Formular E 001) übermittelte neue Leistungsgesuch des Beschwerdeführers vom 6. Mai 2015 (act. 92, S. 1 - 4) materiell nicht zu prüfen. Prozessthema ist daher einzig die Frage, ob die Vorinstanz zu Recht nicht auf die Neuanmeldung eingetreten ist. Nicht Gegenstand der angefochtenen Verfügung und damit nicht Streitgegenstand im vorliegenden Verfahren ist die materielle Beurteilung des Rentenanspruchs des Beschwerdeführers (Art. 87 Abs. 2 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]; BGE 133 V 108; 130 V 64 und 71; Urteile des BGer 8C_244/2016 vom 21. Juni 2016 E. 2.1 und 8C_746/2013 vom 10. Juni 2014 [SVR 2014 IV Nr. 33] E. 2). Soweit der Beschwerdeführer einen materiellen Anspruch auf Rentenleistungen beantragt hat, kann in diesem Punkt auf die Beschwerde nicht eingetreten werden.

3.

3.1 Der Beschwerdeführer ist österreichischer Staatsangehöriger und wohnt in Österreich, weshalb das am 1. Juni 2002 in Kraft getretene Abkommen vom 21. Juni 1999 zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihrer Mitgliedsstaaten andererseits über die Freizügigkeit (FZA, SR 0.142.112.681) sowie die gemäss Anhang II des FZA anwendbaren Verordnungen (EG) des Europäischen Parlaments und des Rates Nr. 883/2004 vom 29. April 2004

sowie Nr. 987/2009 vom 16. September 2009, welche am 1. April 2012 die Verordnungen (EWG) des Rates Nr. 1408/71 vom 14. Juni 1971 sowie Nr. 574/72 vom 21. März 1972 abgelöst haben, anwendbar sind. Gemäss Art. 8 Bst. a FZA werden die Systeme der sozialen Sicherheit koordiniert, um insbesondere die Gleichbehandlung aller Angehörigen der Vertragsstaaten zu gewährleisten. Soweit – wie vorliegend – weder das FZA und die gestützt darauf anwendbaren gemeinschaftsrechtlichen Rechtsakte abweichende Bestimmungen vorsehen noch allgemeine Rechtsgrundsätze dagegen sprechen, richtet sich die Ausgestaltung des Verfahrens und die Prüfung des Rentenanspruchs alleine nach der schweizerischen Rechtsordnung (vgl. BGE 130 V 257 E. 2.4), woran sich auch mit dem Inkrafttreten der oben erwähnten Verordnungen am 1. April 2012 nichts geändert hat (vgl. Urteil des BVGer C-3985/2012 vom 25. Februar 2013 E. 2.1). Demnach bestimmt sich der Anspruch des Beschwerdeführers auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung alleine aufgrund der schweizerischen Rechtsvorschriften.

3.2 Das Sozialversicherungsgericht stellt bei der Beurteilung einer Streit-sache in der Regel auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verwaltungsverfügung (hier: 16. November 2015) eingetretenen Sachverhalt ab (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 121 V 362 E. 1b).

3.3 In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1), weshalb jene Vorschriften Anwendung finden, die spätestens beim Erlass der Verfügung vom 16. November 2015 in Kraft standen.

4.

4.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in

seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des BGer 9C_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3).

4.2 Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108).

4.3 Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird auf eine Neuanmeldung nur dann eingetreten, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität seither in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (vgl. Art. 87 Abs. 2 IVV in Verbindung mit Art. 17 Abs. 1 ATSG; vgl. hierzu BGE 130 V 343 E. 3.5.3). Ist diese Voraussetzung nicht erfüllt, tritt die Verwaltung auf das Gesuch nicht ein und eröffnet dies mittels einer Nichteintretensverfügung (BGE 130 V 64 E. 5.2.5; 109 V 108 E. 2b). Ist dagegen in einem für die Rentenberechtigung erheblichen Tatsachenspektrum eine Änderung glaubhaft gemacht, ist die Verwaltung verpflichtet, auf das Gesuch einzutreten und in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig zu prüfen, ob die vom Versicherten glaubhafte Veränderung des Invaliditätsgrades tatsächlich eingetreten ist (vgl. BGE 117 V 198 E. 4b).

Mit der Bestimmung von Art. 87 Abs. 2 IVV soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, das heisst keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 64 E. 5.2.3; 125 V 410 E. 2b; 117 V 198 E. 4b). Nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist es in erster Linie Sache der versicherten Person selbst, substantielle Anhaltspunkte für eine allfällige neue Prüfung des Leistungsanspruches darzulegen (BGE 130 V 64 E. 5.2.5 und Urteil des BGer 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 3). In

diesem Verfahrensstadium gilt demnach der Untersuchungsgrundsatz atypischerweise nicht. Vielmehr wird der versicherten Person für das Eintreten auf eine Neuanschuldung eine Behauptungs- und Beweisführungslast auferlegt (URS MÜLLER, Das Verwaltungsverfahren in der Invalidenversicherung, Bern 2010, § 21 Rz. 955 mit Hinweis auf BGE 130 V 68 E. 5.2.5 und BGE 117 V 198). Es sind dabei grundsätzlich alleine die im Verwaltungsverfahren eingereichten medizinischen Unterlagen zu prüfen (Urteil des BGer 8C_264/2012 vom 4. Juli 2012 E. 2).

4.4 Unter Glaubhaftmachung ist nicht der Beweis nach dem im Sozialversicherungsrecht allgemein massgebenden Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu verstehen. Die Beweisanforderungen sind vielmehr herabgesetzt, indem nicht im Sinne eines vollen Beweises die Überzeugung der Verwaltung begründet zu werden braucht, dass seit der letzten, rechtskräftigen Entscheidung tatsächlich eine relevante Änderung eingetreten ist. Es genügt, dass für den geltend gemachten rechtserheblichen Sachumstand wenigstens gewisse Anhaltspunkte bestehen, auch wenn durchaus noch mit der Möglichkeit zu rechnen ist, bei eingehender Abklärung werde sich die behauptete Änderung nicht erstellen lassen. Bei der Prüfung der Frage, ob die Vorbringen der versicherten Person glaubhaft sind, berücksichtigt die Verwaltung unter anderem, ob seit der rechtskräftigen Erledigung des letzten Rentengesuches lediglich kurze oder schon längere Zeit vergangen ist; je nachdem sind an das Glaubhaftmachen einer Änderung des rechtserheblichen Sachverhalts höhere oder weniger hohe Anforderungen zu stellen (Urteile des BGer 9C_688/2007 vom 22. Januar 2008 E. 2.2 und 9C_286/2009 vom 28. Mai 2009 mit Hinweis auf BGE 109 V 262 E. 3). Bereits ab einer Zeitspanne von 15 Monaten dürfen nach der bundesgerichtlichen Praxis keine allzu hohen Anforderungen an die Glaubhaftmachung gestellt werden (BGE 130 V 64 E. 6.2). Insofern steht der Verwaltung ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, den das Gericht grundsätzlich zu respektieren hat. Erheblich ist eine Sachverhaltsänderung, wenn angenommen werden kann, der Anspruch auf eine Invalidenrente (oder deren Erhöhung) sei begründet, falls sich die geltend gemachten Umstände als richtig erweisen sollten (SVR 2003 IV Nr. 25 S. 76 E. 2.2 und 2.3, 2002 IV Nr. 10 S. 25 E. 1c/aa).

Für den Fall, dass einer Neuanschuldung zwar ärztliche Berichte beigelegt sind, diese indessen so wenig substantiiert sind, dass sich eine neue Prüfung nur aufgrund weiterer Erkenntnisse allenfalls rechtfertigen würde, ist die IV-Stelle zur Nachforderung weiterer Angaben nur verpflichtet, wenn den – für sich allein genommen den Anforderungen der Glaubhaftmachung

nicht genügenden – Arztberichten konkrete Hinweise entnommen werden können, wonach möglicherweise eine mit weiteren Erhebungen erstellbare rechtserhebliche Änderung vorliegt. Der Verwaltung ist es aber auch hier unbenommen, entsprechende Erhebungen selber anzustellen, ohne dass deswegen bereits auf ein materielles Eintreten auf die Neuanmeldung zu schliessen wäre (vgl. Urteil des BGer 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.1 m.w.H.).

4.5 Arztberichte, welche aus der Zeit nach Erlass der angefochtenen Verfügung datieren und erst im Beschwerdeverfahren aufgelegt wurden, sind bei der Beurteilung der Frage, ob die Verwaltung auf das Revisionsgesuch hätte eintreten müssen grundsätzlich nicht zu berücksichtigen (vgl. BGE 130 V 64 E. 5.2.5 und Urteil des BGer 8C_844/2012 vom 5. Juni 2013 E. 2.2). Unterlässt die IV-Stelle die Nachforderung weiterer Angaben trotz erkennbarer Hinweise für eine rechtserhebliche Änderung des Sachverhalts, steht der Berücksichtigung von im Gerichtsverfahren beigebrachten Beweismitteln nichts entgegen (vgl. analog dazu BGE 130 V 64 E. 5.2.2 und E.6).

5.

5.1 Die Vorinstanz ist auf das Rentenerhöhungsgesuch des Beschwerdeführers nicht eingetreten. Sie geht davon aus, mit dem Revisionsgesuch werde nicht glaubhaft gemacht, dass sich der Invaliditätsgrad des Beschwerdeführers in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert habe. Die neu eingereichten ärztlichen Unterlagen aus Österreich seien von ihrem medizinischen Dienst geprüft worden. Daraus liessen sich keine Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Beschwerdeführers ableiten, weshalb auf die Neuanmeldung nicht eingetreten werden könne.

5.2 Demgegenüber macht der Beschwerdeführer sinngemäss geltend, dass sich sein Gesundheitszustand seit dem Jahr 2011 verschlechtert habe, was durch entsprechende Arztberichte belegt werde.

6.

6.1 Als massgebender Vergleichszeitpunkt ist hier als letztmaliger, das Ergebnis einer rechtsgenügenden materiellen Prüfung des Rentenanspruchs darstellender Rechtsakt die Verfügung vom 11. Februar 2014 (act. 85) zu betrachten, mit welcher die Vorinstanz mit Wirkung per 1. April 2014 die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente aufgehoben hat. Die Verfügung

vom 11. Februar 2014 stützt sich in medizinischer Hinsicht auf Akten, die es der Vorinstanz ermöglichten, sich ein umfassendes Bild der gestellten Diagnosen, der gesundheitlichen Problematik und der Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zu machen (vgl. dazu Urteil des BVGer C-7897/2009 vom 7. Juni 2012 E. 4.3, bestätigt mit Urteil des BGer 9C_573/2012 vom 16. Januar 2013 E. 6.2).

6.2 Die Revisionsverfügung vom 11. Februar 2014 stützte sich im Wesentlichen auf die folgenden ärztlichen Berichte und Gutachten:

6.2.1 Gestützt auf ein MRT hielt der Radiologe Dr. med. O. _____ am 5. März 2012 fest, es bestehe bei der Lendenwirbelsäule eine flachbogig rechtskonvexe Skoliose und Hyperlordose sowie eine deformierende Spondylarthrose und eine mässige Spondylarthrose der unteren LWS (act. 77).

6.2.2 Nach Prüfung eines MRT des linken Kniegelenks befundete Dr. med. P. _____ mit Bericht vom 20. März 2012 einen Gelenkserguss und eine deutlich lateralisierte Patella, eine Insertionstendinopathie der Quadricepssehne sowie der Patellasehne infrapatellar, geringe degenerative Veränderungen im Hinterhorn des medialen Meniskus und eine gering ausgedünnte Hinterhornwurzel des medialen Meniskus sowie eine Chondropathie Grad I – II im lateralen Kompartiment (act. 76).

6.2.3 Gestützt auf ein MRT der Halswirbelsäule befundete Dr. med. Q. _____ am 19. Dezember 2012 flache konzentrische Bandscheibenprotrusionen in den Segmenten C2-C7, welche den anterioren Duralsack geringgradig imprimieren würden, mässige knöcherne Foramenstenosen in den Segmenten C3/C4 beidseits und C4-C6 beidseits sowie eine mässige degenerative Diskopathie und inzipient deformierende Spondylarthrosen und geringe Uncovertebralarthrosen C2-C7, höhergradige Spondylarthrosen C3-C6 und geringer ausgeprägt C6/C7 mit zum Teil Hypertrophie der Facettengelenke der oberen HWS (act. 74).

6.2.4 Im Rahmen einer von der Pensionsversicherungsanstalt veranlassenen Begutachtung hielt Dr. med. H. _____ in ihrem internistischen Teilgutachten vom 14. Mai 2013 ausschliesslich eine Diagnose ohne Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit fest (allgemeine Adipositas). Ferner fügte sie hinzu, dass im Rahmen einer auswärtig durchgeführten Echokardiografie ein grenzwertig grosser linker Ventrikel bei guter linker Ventrikelfunktion

festgestellt worden sei. Aus internistischer Sicht würden sich keine relevanten Einbussen der Leistungsfähigkeit ergeben (act. 70, S. 1 - 7).

6.2.5 Aus psychiatrisch-neurologischer Sicht diagnostizierte Dr. med. G._____ in seinem Teilgutachten vom 27. April 2013 eine Anpassungsstörung (nach ICD-10 F43.2) und führte präzisierend aus, es liege eine Anpassungsstörung mit regressiver Entwicklung vor. Eine medikamentöse Behandlung sei erfolgt und ein eingeschränktes Leistungsprofil müsste durchführbar sein. Es sei keine Anpassung und Gewöhnung an den bleibenden Leidenszustand in einem solchen Ausmass erfolgt, dass sich das Restleistungskalkül verbessert habe (act. 71, S. 1 - 6).

6.2.6 In ihrem Gesamtgutachten vom 15. Mai 2013 hielt Dr. med. F._____ zusammenfassend fest, es bestünden derzeit noch eine Anpassungsstörung (ICD-10 F 43.2), ein cerviko-lumbales Schmerzsyndrom bei Degeneration, ohne neurologische Ausfälle mit nur geringer Bewegungseinschränkung, Polyarthralgien der grossen Gelenke, ohne schweren Arthrosehinweis, leichte Fingerpolyarthrosen mit erhaltener Greiffunktion (ohne rheumatische Grunderkrankung) sowie ein mässiger Knorpelschaden der Kniescheiben beidseits bei freier Gelenksfunktion. Ferner führte sie aus, gegenüber dem Vorgutachten habe sich in der Untersuchung vom 14. Mai 2013 eine deutliche Besserung der psychischen Gesamtsituation ergeben, da lediglich noch eine Anpassungsstörung mit regressiver Entwicklung habe festgestellt werden können. Laut Neuropsychiater sei ein eingeschränktes Leistungsprofil durchaus zumutbar. Aus orthopädischer Sicht bestehe eine Degeneration der Wirbelsäule ohne neurologische Ausfälle und sowie Polyarthralgien ohne schwere Funktionseinbusse der grossen Gelenke. Aus internistischer Sicht bestehe lediglich eine allgemeine Adipositas. Es bestehe daher wieder eine Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (act. 69, S. 1 - 7).

6.2.7 Am 22. August 2013 hielt RAD-Arzt Dr. med. K._____ – gestützt auf eine Aktenbeurteilung – als Diagnosen eine Anpassungsstörung (nach ICD-10 F43.2), ein cervico-lumbales Schmerzsyndrom bei Degeneration, ohne neurologische Ausfälle mit nur geringer Bewegungseinschränkung (ICD-10 M50.5), Polyarthralgien der grossen Gelenke, ohne schweren Arthrosehinweis, leichte Fingerpolyarthrosen mit erhaltener Greiffunktion (ohne rheumatische Grunderkrankung) sowie einen mässigen Knorpelschaden der Kniescheiben beidseits bei freier Gelenksfunktion fest. Ferner führte er aus, laut gut begründeter Schlussfolgerung in der polydisziplinä-

ren Expertise habe sich dank einer deutlichen Verbesserung der psychiatrischen Situation mit Wegfall der depressiven Erkrankung wieder eine volle Arbeitsfähigkeit eingestellt (act. 79, S. 1 - 3).

6.2.8 Mit medizinischer Stellungnahme vom 5. Dezember 2013 kam Dr. med. I._____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie und zertifizierte medizinische Gutachterin SIM beim medizinischen Dienst der IVSTA, zum Schluss, dass die Diagnose einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen nicht mehr bestätigt werden könne. Aktuell sei lediglich noch ein generalisiertes Schmerzsyndrom ohne relevante Bewegungseinschränkungen (ICD-10 M 50.5) sowie eine Anpassungsstörung mit regressiver Entwicklung festzuhalten. Die Ausprägung der depressiven Symptomatik sei geringgradig und stehe im Zusammenhang mit den psychosozialen Belastungsfaktoren. Der Psychiater zeige die psychosozialen Belastungsfaktoren auf und weise auf eine deutliche Besserung der psychischen Gesamtsituation hin. Ab dem 25. April 2013 bestehe sowohl für eine angepasste wie auch für die bisherige Tätigkeit keine Arbeitsunfähigkeit mehr (act. 81, S. 1 - 5).

7.

Im Hinblick auf die Prüfung der Frage, ob eine anspruchrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft gemacht worden sei, lagen der Vorinstanz die folgenden medizinischen Berichte und Gutachten vor:

7.1 Mit (im Vorbescheidverfahren) eingereichtem Bericht vom 26. März 2015 befundete Dr. med. R._____, Facharzt für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, insbesondere (vom Beschwerdeführer berichtete) Beschwerden von Seiten der Lendenwirbelsäule, Schwellungen im Bereich der Grundgelenke II – V der Hand (beidseits), eine degenerative Diskopathie L4 – S mit Foramenstenosen L4/5 links, einen Zustand nach Coxitis links sowie eine Chondropathie Grad II – III im Bereich des Femurcondyls am Knie rechts. Ferner fügte er hinzu, der Beschwerdeführer klage nun über einen Tinnitus, Cephalae (Kopfschmerz) und über Sensibilitätsstörungen im Bereich der ersten drei Finger. Dem Bericht ist indes weder eine Begründung der gestellten Diagnosen noch eine Leistungsbeurteilung zu entnehmen (act. 100).

7.2 Gestützt auf eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers hielt Dr. med. F._____ in ihrem orthopädischen Teilgutachten vom

22. April 2015 namentlich ein Wirbelsäulensyndrom bei knöchernen Verschleisserscheinungen mit pseudoradikulärer Ausstrahlung fest. Ferner bestünden eine leichte Retropatellaarthrose rechts mehr als links, bei sonst guter Gelenksfunktion sowie Polyarthralgien ohne schwere Funktionseinbusse der übrigen Gelenke. Insgesamt kam sie zum Schluss, dass dem Beschwerdeführer aus orthopädischer Sicht Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt unter Beachtung gewisser Limitationen gemäss Leistungskalkül zumutbar seien (act. 91, S. 1 - 5).

7.3 Die Internistin Dr. med. H. _____ hielt ebenfalls gestützt auf eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers mit Teilgutachten vom 22. April 2015 fest, dass zwar ein chronischer Leberparenchymschaden, ein leichtes Übergewicht sowie eine – derzeit noch näher abzuklärende – Drangstuhlinkontinenz zu diagnostizieren seien. In ihrer Gesamtbeurteilung der Leistungsfähigkeit (Leistungskalkül) konnte sie dem Beschwerdeführer allerdings keine relevanten Leistungseinbussen attestieren. Diese Leistungseinschätzung stellte sie allerdings unter den Vorbehalt, dass die weiteren Abklärungen keinen einschränkenden Befund ergeben würden (act. 91, S. 6 - 10).

7.4 Gestützt auf eine persönliche Untersuchung des Beschwerdeführers und die Würdigung der orthopädischen und internistischen Teilgutachten (vgl. E. 7.2 und 7.3 hievor) erstattete Dr. med. S. _____, Fachärztin für Psychiatrie, am 22. April 2015 ihr ärztliches Gesamtgutachten. Darin führte sie namentlich aus, der Beschwerdeführer befinde sich in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand. Als Diagnosen führte sie eine nicht näher bezeichnete depressive Episode (ICD-10 F 32.9; vgl. dazu HORST SCHILLING/WERNER MOMBOUR/MARTIN H. SCHMIDT [Hrsg.], Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 10. Aufl. 2015, S. 176), einen Kreuz- respektive Lendenschmerz (ICD-10 M 54.5), eine nicht näher bezeichnete Gonarthrose (ICD-10 M 17.9) sowie ein Schlottergelenk (ICD-10 M 25.2) an. Ferner fügte sie hinzu, Hauptursache der Minderung der Erwerbsunfähigkeit (*recte*: Erwerbsfähigkeit) sei die depressive Störung mit psychotischen Aspekten. Aus psychiatrischer Sicht würde sich im Vergleich zum Vorgutachten keine wesentliche Änderung ergeben. Aus orthopädischer Sicht seien dem Beschwerdeführer Arbeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zumutbar, und aus internistischer Sicht habe die Computertomografie des Herzens im Jahr 2013 einen gering vergrösserten linken Vorhof ergeben. Die berichtete Stuhlinkontinenz werde derzeit durch ambulante Prokto- und Koloskopie abgeklärt (act. 90, S. 1 - 6).

7.5 Mit (im Vorbescheidverfahren) eingereichtem Bericht vom 11. Mai 2015 hielt Dr. med. N._____, Facharzt für Psychiatrie und Neurologie, als Diagnosen eine schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv (ICD-10 F 25.1), Zwangsgedanken und -handlungen (gemischt; ICD-10 F 42.2), eine Panikstörung (F 41.0), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 45.4) sowie einen Tinnitus aurium (ICD-10 H 93.1) fest, ohne diese Diagnosen allerdings durch entsprechende Befunde zu begründen (act. 102, S. 1).

7.6 Mit Schlussbericht vom 10. Juni 2015 hielt RAD-Arzt Dr. med. L._____ als Diagnosen ein generalisiertes Schmerzsyndrom ohne relevante Bewegungseinschränkungen (ICD-10 M 50.5), eine Anpassungsstörung mit regressiver Entwicklung (ICD-10 F 43.2), ein Wirbelsäulensyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung bei degenerativen Veränderungen (ICD-10 M 54.5), eine leichte Femoropatellaarthrose rechts mehr als links (ICD-10 M 17.9), Polyarthralgien (ICD-10 M 25.2), einen chronischen Leberparenchymschaden (ICD-10 K 76.9), ein leichtes Übergewicht (ICD-10 B 66.0), anamnestisch eine Drang-Stuhlinkontinenz (ICD-10 R 15) sowie eine depressive Störung mit psychotischen Aspekten (ICD-10 F 32.9) fest. Gestützt darauf kam er zum Schluss, dass das orthopädische, internistische und psychiatrische Gutachten vom 22. April 2015 unveränderte Befunde gegenüber den bisherigen Beurteilungen ergeben habe. Es werde medizinisch sehr gut nachvollziehbar weiterhin ein vollschichtiges Arbeitspensum unter den Limitationen „keine schwere Arbeit, kein Schichten, kein Zeitdruck, keine vermehrte Belastbarkeit und nur mässig schwierige Arbeiten“ attestiert. Die neuen Unterlagen könnten nicht glaubhaft machen, dass sich der Gesundheitszustand in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert habe. Es könne weiterhin von einer vollen Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden (act. 97, S. 1 - 4).

7.7 Mit Bericht vom 28. Juli 2015 hielt RAD-Arzt Dr. med. M._____ fest, dass der Bericht von Dr. med. R._____ den vorwiegend degenerativen Charakter der generalisierten Beschwerden bestätige; in diesem Sinne habe sich seit der somatischen Begutachtung vom Mai 2013 nichts verändert. Der psychiatrische Bericht von Dr. med. N._____ sei objektiv nicht nachvollziehbar und halte den Anforderungen eines medizinischen Untersuchungsberichts nicht stand. Dementsprechend sei weiterhin auf das psychiatrische Gutachten aus dem Jahr 2013 abzustellen. Zusammenfassend könnten die neu eingerichteten Berichte der Dres. R._____ und

N._____ keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft machen (act. 104).

7.8 Mit Schlussbericht vom 5. November 2015 führte RAD-Arzt Dr. med. M._____ ergänzend aus, die aktuelle bundesgerichtliche Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung komme hier nicht zur Anwendung, da kein entsprechendes Leiden zur Diskussion stehe. Beim Beschwerdeführer bestünden vielmehr eine nicht-invalidisierende psychische Störung (Anpassungsstörung) und Schmerzen aufgrund von degenerativen Wirbelsäulenveränderungen (ICD-10 M54.5); das generalisierte Schmerzsyndrom sei auf dieser Basis zu sehen. In mehreren Expertisen seien die somatischen und psychischen Gesundheitsbeeinträchtigungen als nicht-invalidisierend eingestuft worden, weshalb es bei der Beurteilung des RAD vom 28. Juli 2015 bleibe (act. 107).

8.

Zu prüfen ist im Folgenden, ob der Beschwerdeführer mit den eingereichten medizinischen Unterlagen eine namhafte Verschlechterung seines Gesundheitszustandes im massgebenden Vergleichszeitraum vom 11. Februar 2014 bis 16. November 2015 glaubhaft zu machen vermag.

8.1 Bei der Prüfung dieser Frage ist von der Sachlage auszugehen, wie sie sich der Vorinstanz bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 16. November 2015 bot (vgl. E. 4.2 hievor).

8.2 Die Vorinstanz stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 16. November 2015 im Wesentlichen auf das von der Pensionsversicherungsanstalt veranlasste polydisziplinäre (internistisch-orthopädisch-psychiatrische) Gesamtgutachten vom 22. April 2015 sowie den RAD-Bericht von Dr. med. L._____ vom 10. Juni 2015.

8.2.1 Aus dem Gesamt- und dem orthopädischen Teilgutachten vom 22. April 2015 geht zunächst klar hervor, dass beim Beschwerdeführer – trotz des Wirbelsäulensyndroms und der Gonarthrose – insgesamt keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes angenommen werden kann (act. 91, S. 1 - 5). Konkrete Anhaltspunkte für eine orthopädisch bedingte Leistungseinschränkung sind nicht ersichtlich und werden vom Beschwerdeführer denn auch nicht geltend gemacht (vgl. dazu auch E. 7.1 und 7.2 hievor).

8.2.2 Ferner hat auch das internistische Teilgutachten vom 22. April 2015 keine relevanten Leistungseinbussen ergeben (act. 91, S. 6 - 10). Dr. med.

H. _____ stellte ihre Leistungseinschätzung allerdings unter den Vorbehalt, dass die weiteren Abklärungen keinen einschränkenden Befund ergeben würden (vgl. dazu E. 7.3 hievor; act. 91, S. 6 - 10). Was den im Beschwerdeverfahren vorgebrachten Tinnitus und die berichtete Stuhlinkontinenz betrifft, ist der Beschwerdeführer darauf hinzuweisen, dass dieser im Befundbericht von Dr. med. R. _____ vom 26. März 2015 lediglich als Beschwerdeangabe gegenüber dem Arzt aufgeführt (act. 100, S. 3) und soweit ersichtlich nie spezialärztlich abgeklärt wurde. In Bezug auf die geltend gemachte Stuhlinkontinenz haben die ambulanten Untersuchungen vom 18. Mai 2015 (Darmkoloskopie und Ultraschall des Oberbauchs und des Retroperitoneums) keine auffälligen Befunde ergeben (Beilage zu BVGer act. 11), sodass der von Dr. med. H. _____ angebrachte Vorbehalt entfällt.

Auch wenn im Vergleich zur Revisionsverfügung vom 11. Februar 2014 neue Diagnosen gestellt wurden, vermag der Beschwerdeführer mit diesen noch keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft zu machen (vgl. hierzu Urteil des BVGer C-7289/2013 vom 7. Dezember 2015 E. 6), zumal aus den entsprechenden Arztberichten keine Hinweise für eine leistungseinschränkende Wirkung dieser neuen Diagnosen ersichtlich sind. Demnach ist auch aus internistischer Sicht keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft dargelegt.

8.2.3 Überdies konnte auch Dr. med. H. S. _____ als psychiatrische Fachärztin lediglich eine nicht näher bezeichnete depressive Episode (ICD-10 F 32.9) diagnostizieren. Dabei kam sie zum klaren Schluss, dass sich aus psychiatrischer Sicht im Vergleich zum Vorgutachten keine wesentliche Änderung ergeben habe (act. 90, S. 1 - 6).

In diesem Zusammenhang ist der Beschwerdeführer zunächst auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung im Zusammenhang mit der invalidisierenden Wirkung von Depressionen hinzuweisen. Danach fallen leicht bis höchstens mittelgradig schwere Störungen aus dem depressiven Formenkreis nur dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (statt vieler: BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197 mit Hinweis). Nur in einer solchen – seltenen, da nach gesicherter psychiatrischer Erfahrung Depressionen im Allgemeinen therapeutisch gut angebar sind – gesetzlich verlangten Konstellation ist den normativen Anforderungen des Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG für eine objektivierende Betrachtungs- und Prüfungsweise Genüge getan (BGE 141 V 281 E. 3.7.1

- 3.7.3 S. 295 f.). Hinzu kommt, dass die Therapie in dem Sinne konsequent gewesen sein muss, dass die aus fachärztlicher Sicht indizierten zumutbaren (ambulanten und/oder stationären) Behandlungsmöglichkeiten in kooperativer Weise optimal und nachhaltig ausgeschöpft wurden (BGE 140 V 193 E. 3.3 S. 197; 137 V 64 E. 5.2 S. 70 mit Hinweis; Urteile des BGer 8C_131/2016 vom 14. Juli 2016 [SVR 2016 IV Nr. 51 S. 173] E. 5.3.1 m.H., und 9C_13/2016 vom 14. April 2016 [SVR 2016 IV Nr. 52] E. 4.2).

Die hier gestellte Diagnose der depressiven Episode lässt weder Rückschlüsse auf die Schwere der Erkrankung zu, noch kann daraus auf Therapieresistenz und damit auf das Vorliegen eines invalidisierenden Leidens geschlossen werden (Urteil 9C_13/2016 [SVR 2016 IV Nr. 52 S. 176] E. 4.3 m.H., erneut bestätigt mit Urteil des BGer 9C_630/2016 vom 9. Februar 2017 E. 3.2). Dies zumal der Beschwerdeführer weder im vorinstanzlichen noch im Beschwerdeverfahren Beweismittel eingereicht hat, welche auf eine Verschlechterung der Depression oder gar Therapieresistenz hinweisen würden.

8.2.4 Im Schlussbericht von Dr. med. L. _____ vom 10. Juni 2015 (act. 97, S. 1 - 4) konnte dieser dem Beschwerdeführer weiterhin ein vollschichtiges Arbeitspensum unter Beachtung gewisser Einschränkungen bestätigen (vgl. E. 7.6 hievor). Andererseits geht auch aus den überzeugenden Beurteilungen von Dr. med. M. _____ vom 28. Juli 2015 und 5. November 2015 hervor, dass für den hier relevanten Zeitpunkt vom 16. November 2015 von einer nicht-invalidisierenden psychischen Störung (Anpassungsstörung) auszugehen ist (vgl. E. 7.7 und 7.8 hievor).

8.2.5 Überdies kann der Beschwerdeführer auch aus der von Dr. med. N. _____ diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 45.4) nichts zu seinen Gunsten ableiten, da die Diagnose durch keinerlei Befunde begründet wird und mithin nicht nachvollzogen werden kann. Unter diesen Umständen kann nicht von einer rechtlich relevanten besonderen Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome im Sinne der Rechtsprechung (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.1 S. 298) gesprochen werden, sodass in antizipierter Beweiswürdigung von einer ergänzenden Begutachtung im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens abzusehen ist.

8.2.6 Schliesslich vermag der Beschwerdeführer auch mit den weiteren – erst im Beschwerdeverfahren ins Recht gelegten – Berichten (Beilagen zu BVGer act. 5 und zu BVGer act. 9) keine relevante Veränderung seines

Gesundheitszustandes respektive seiner Leistungsfähigkeit glaubhaft zu machen. Soweit die Berichte auf den Gesundheitszustand nach Erlass der angefochtenen Verfügung vom 16. November 2015 Bezug nehmen, haben sie nach dem vorstehend Dargelegten (E. 4.5 hievor) im vorliegenden Beschwerdeverfahren unberücksichtigt zu bleiben.

8.3 Mit Blick auf die überzeugenden Ausführungen im Gesamtgutachten vom 22. April 2015 und den entsprechenden Teilgutachten sowie die nachvollziehbare und überzeugende Begründung in den genannten RAD-Berichten ist es dem Beschwerdeführer für den vorliegend relevanten Zeitraum vom 11. Februar 2014 bis 16. November 2015 nicht gelungen, eine wesentliche, für den Rentenanspruch erhebliche Verschlechterung seines Gesundheitszustandes im Sinne von Art. 87 Abs. 2 IVV glaubhaft zu machen. Obwohl zwischen der ersten und zweiten Begutachtung durch die österreichischen Ärzte rund 2 Jahre liegen und deshalb keine hohen Anforderungen an die Eintretensvoraussetzungen gestellt werden können, konnte der Beschwerdeführer keine substantiellen Anhaltspunkte aufzeigen, welche die Erforderlichkeit einer neuen Prüfung des Rentenanspruchs zufolge einer wesentlichen Verschlechterung seiner gesundheitlichen Situation zu begründen vermöchten. Es bestand unter diesen Umständen für die Vorinstanz, welcher bei der Beurteilung der Glaubhaftmachung ein vom Bundesverwaltungsgericht zu beachtender Ermessens- und Beurteilungsspielraum zukommt (vgl. Urteil des BGer 9C_286/2009 vom 28. Mai 2009, E. 3.2.3), kein Grund, auf die Neuanmeldung einzutreten und diese in materieller Hinsicht zu prüfen.

8.4 Schliesslich vermag der Beschwerdeführer aus der Tatsache, dass er von der Pensionsversicherungsanstalt nach wie vor eine Invaliditätspension bezieht, nichts zu seinen Gunsten abzuleiten. Denn die Frage, ob und gegebenenfalls ab wann ein Anspruch auf Leistungen der schweizerischen Invalidenversicherung besteht, bestimmt sich ausschliesslich nach den innerstaatlichen schweizerischen Rechtsvorschriften (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes [EVG, *heute*: Sozialrechtliche Abteilung des Bundesgerichts] I 785/04 vom 25. April 2006 E. 1 m.w.H.). Ferner besteht für die rechtsanwendenden Behörden in der Schweiz keine Bindung an Feststellungen und Entscheide ausländischer Versicherungsträger, Krankenkassen, Behörden und Ärzte bezüglich Invaliditätsgrad und Anspruchsbeginn (vgl. BGE 130 V 253 E. 2.4; AHI-Praxis 1996, S. 179; vgl. auch ZAK 1989 S. 320 E.2). Vielmehr unterstehen auch aus dem Ausland stammende Beweismittel der freien Beweiswürdigung des Gerichts (vgl.

Urteil des EVG vom 11. Dezember 1981 i.S. D; zum Grundsatz der freien Beweiswürdigung: BGE 125 V 351 E. 3a).

8.5 Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind Invaliditätsfremde Gesichtspunkte (insbesondere psychosoziale Belastungsfaktoren) vom invaliditätsrechtlichen Standpunkt aus unbeachtlich. Prägen psychosoziale Einflüsse das Bild, ist bei der Annahme einer rentenbegründenden Invalidität Zurückhaltung geboten (Urteil 8C_399/2016 vom 24. August 2016 E. 2.2 mit Hinweisen). Entsprechend darf der Umstand, dass der Beschwerdeführer – nach eigenen Angaben – seit 20 Jahren durch Alimentschulden und Exekutionen auf ein Minimum beschränkt ist, unter dem Existenzminimum lebt und ca. 150'000 Schulden hat, in einem Heim mit Personen lebt, die unter Suchterkrankungen oder anderen psychischen Erkrankungen leiden (act. 90, S. 2, act. 71, S. 2), bei der Beurteilung der medizinischen und erwerblichen Situation nicht berücksichtigt werden.

8.6 Zusammengefasst ergibt sich, dass die Vorinstanz mangels Glaubhaftmachung einer rentenrelevanten Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu Recht nicht auf die Neuanmeldung eingetreten ist. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

9.

Zu befinden bleibt noch über die Verfahrenskosten und eine allfällige Parteientschädigung.

9.1 Gemäss Art. 69 Abs. 1^{bis} in Verbindung mit Art. 69 Abs. 2 IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem Bundesverwaltungsgericht kostenpflichtig. Gemäss Art. 63 Abs. 1 VwVG sind die Verfahrenskosten der unterliegenden Partei aufzuerlegen. Mit Zwischenverfügung 14. Januar 2016 wurde dem Beschwerdeführer allerdings die unentgeltliche Rechtspflege gewährt (BVGer act. 6); entsprechend sind keine Verfahrenskosten zu erheben.

9.2 Der obsiegenden Partei kann von Amtes wegen oder auf Begehren eine Entschädigung für ihr erwachsene notwendige und verhältnismässig hohe Kosten zugesprochen werden (Art. 64 Abs. 1 VwVG). Als Bundesbehörde hat die IVSTA jedoch keinen Anspruch auf Parteientschädigung (Art. 7 Abs. 3 des Reglements vom 21. Februar 2008 über die Kosten und Entschädigungen vor dem Bundesverwaltungsgericht [VGKE, SR

173.320.2]). Der unterliegende Beschwerdeführer hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 64 Abs. 1 VwVG e contrario).

Demnach erkennt das Bundesverwaltungsgericht:

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen, soweit darauf eingetreten wird.

2.

Es werden keine Verfahrenskosten erhoben.

3.

Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

4.

Dieses Urteil geht an:

- den Beschwerdeführer (Einschreiben mit Rückschein)
- die Vorinstanz (Ref-Nr. [...]; Einschreiben)
- das Bundesamt für Sozialversicherungen (Einschreiben)

Der vorsitzende Richter:

Der Gerichtsschreiber:

David Weiss

Roland Hochreutener

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen nach Eröffnung beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten geführt werden (Art. 82 ff., 90 ff. und 100 BGG). Die Rechtsschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. Der angefochtene Entscheid und die Beweismittel sind, soweit sie der Beschwerdeführer in Händen hat, beizulegen (Art. 42 BGG).

Versand: